

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO  
DO CLIENTE/PACIENTE

Considerando o artigo 7º, inciso VII do Código de Ética do Fisioterapeuta, que garante ao cliente informações sobre o diagnóstico e seu objetivos do tratamento.

Eu, \_\_\_\_\_, residente na \_\_\_\_\_, profissão: \_\_\_\_\_, com \_\_\_\_\_ anos de idade, na presente data, com estado civil de: \_\_\_\_\_, estando em pleno gozo de minhas faculdades mentais, declaro, para os devidos fins, que fui previamente informado por meu/miha Fisioterapeuta, Dr(a). \_\_\_\_\_, registrado(a) no CREFITO-4 sob o nº \_\_\_\_\_, do meu estado de saúde funcional, diagnóstico fisioterapêutico e objetivos da assistência fisioterapêutica.

Declaro mais, ter sido informado(a), de forma clara, da finalidade, riscos e benefícios do tratamento fisioterápico a que vou me submeter, bem como dos efeitos colaterais e outras anormalidades e intercorrências que poderão advir do mesmo.

Assim sendo, concordo em me submeter ao referido tratamento, e, para tanto, assino o presente documento na presença de duas testemunhas.

No caso de, no futuro, me tornar incapaz de tomar decisões sobre minha saúde, indico como meu representante: (nome e grau de parentesco) \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_,  
(cidade, data)

(Assinatura, nome Completo e CPF)